Aus der chirurg. Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Hildebrand)

Zur Kasuistik der Geschwülste der Augenhöhlenwände

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

Hans Dittrich

aus Rochsburg

Tag der Promotion: 27. März 1920

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**
Referenten: Prof. Dr. **Köhler**
Prof. Dr. **Hildebrand**

In der Einleitung gibt Verfasser einen kurzen Ueberblick über den heutigen Stand der Lehre von den Geschwülsten, anschließend eine Einteilung der Blastome auf Grundlage ihrer Histogenese und es werden unterschieden

I. aus Bindesubstanzen,
II. aus Epithelgeweben

sich entwickelnde Geschwülste und in jeder dieser Gruppen zwei Unterabteilungen: eine reife und eine unreife Gruppe.

Ueberleitend zum engeren Thema wird, um die mannigfachen Erscheinungen, die eine Geschwulst der Augenhöhlenwand hervorzubringen vermag, leichter einschätzen und erklären zu können, auf das Lageverhältnis der Augenhöhle zu ihrer Umgebung und dem Bulbus hingewiesen.

Gemäß der Gewebsarten, aus denen die Wände der Augenhöhle sich susammensetzen, seien es zwei Arten von Geschwülsten, die an den Orbitawänden primär vorkommen:

in erster Linie Knochengeschwülste,
in zweiter Linie Sarkome.

Von diesen primären Orbitaltumoren oft sehr schwer zu unterscheiden seien diejenigen Blastome, die von der Nachbarschaft aus auf die Augenhöhlenwände übergreifen; hier handle es sich vornehmlich um maligne Tumoren — Karzinome und Sarkome — die von den Nebenhöhlen in die Orbita wuchern, oder um Tumoren der Schädelbasis, besonders der Hypophyse, die sich durch die Orbitalfissuren hindurch einen Weg in die Augenhöhlen bahnen.

Indem sich Verfasser nun der Diagnose der Tumoren der Augenhöhlenwände zuwendet, hält er als das Hauptsymtom, neben dem Auftreten von Doppelbildern, den durch die Raumbeschränkung bedingten Exophthalmus; bei einseitigem Exophthalmus werde man von vornherein mit großer Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein einer Neubildung annehmen dürfen; allerdings sei zu beachten, daß einseitige Protrusio bu'bi auch bei Morbus Basedow vorkommen könne.

Um über den Sitz des raumbeschränkenden Prozesses gewisse Anhaltspunkte zu bekommen, seien diagnostisch zu verwerten: Anamnese, allgemeine körperliche Untersuchung, Grad und Richtung des Exophthalmus, sowie die Beweglichkeitsbeschränkung des Auges, direkte Abtastung der Orbita vom Rande aus, Untersuchung des Augenhintergrundes, der Nebenhöhlen und Durchleuchtung derselben, Prüfung der Sehschärfe und Refraction, Wassermann'sche Reaction und endlich die Röntgenuntersuchung.

Auf das letztere Verfahren und seine Anwendung bei Augenhöhlentumoren wird näher eingegangen und an Hand von zwei ausführlich beschriebenen Fällen kommt Verfasser zu dem Ergebnis, daß die Röntgenphotographie vorzügliche Dienste leisten kann um Sitz und Ursprung einer Geschwulst aufzufinden, sodaß man sich vor der Operation an Hand der Röntgenaufnahmen einen verhältnismäßig genauen Operationsplan zurechtlegen kann.

Was die prognostisch-therapeutische Beurteilung der orbitalen Osteome anbelangt, so sei gegen früher ein großer Umschwung eingetreten. Früher waren die Autoren sehr getrennter Ansicht über die Berechtigung der chirurgischen Behandlung der knöchernen Orbitaltumoren. Die einen erachteten die Entfernung dieser Tumoren für unbedingt notwendig, nicht nur, um die Entstellung des Patienten zu beseitigen, sondern in erster Linie zur Erhaltung der Sehkraft und selbst des Lebens, sollte die Geschwulst ins Schädelinnere eingedrungen sein, die anderen sprechen sich gegen einen chirurgischen Eingriff aus. Den Stand der modernen Beurteilung der Prognose und Therapie der orbitalen Osteome ersehen wir aus einem Urteil Birch-Hirschfelds, das folgendermaßen lautet: „Die Nebenhöhlenosteome führen, wenn sie nicht operativ beseitigt werden in einem sehr hohen Prozentsatz zum Tode des Patienten; die Operation, und zwar die Totalexstirpation ist dringend indiziert. Die Verlustziffer der operierten Fälle stellt sich jetzt viel günstiger, als nach den Berlin'schen Tabellen, und ist wesentlich kleiner als diejenige der nicht operierten Fälle."

Die Prognose der Sarkome sei entsprechend des malignen Charakters dieser Geschwulst schlecht.

Was die Art der Operation und ihre Ausführung anbelangt, so beherrsche — abgesehen von denjenigen Tumoren, die von vorne aus leicht erreicht werden können, — die von Krönlein zuerst ausgeführte und nach ihm benannte Methode, die von verschiedenen Seiten modifiziert ist, das Feld.

Verfasser beschreibt dann einen interessanten Fall von Osteom der Orbita ausgehend vom Stirnbein bei einem menschlichen Fötus aus dem 4ten Monat der Schwangerschaft, das von Dr. A. v. Scily beobachtet und in den Klinischen Wochenblättern für Augenheilkunde 1919 Band LXIII. mitgeteilt wurde. Obgleich angeborene Tumoren vielfach beschrieben worden sind, sei dies das erste Osteom und überhaupt die erste Geschwulst, die

beim Fötus in so jugendlichem Alter beobachtet worden ist. Die meisten der angeborenen Tumoren gehören — wenn man von den Gliomen der Retina absehe — in die Gruppe der Dermoide, doch seien auch diese ziemlich selten.

Unter dem einschlägigen Material der Kgl. Chirurgischen Universitätsklinik der Charité findet Verfasser im Zeitraum von 1904—1919 neben zahlreichen Fällen von Augenhöhlentumoren ohne Beteiligung der Augenhöhlenwände 14 Fälle, in denen die Augenhohlenwand Sitz eines Blastoms ist. Vier von diesen 14 Geschwulsterkrankungen könne man als primär von der Augenhöhlenwand ausgehend betrachten, während von den übrigen 10 — die von der Nachbarschaft der Orbita ausgehen — erst sekundär durch das ihnen eigne unumschränkte Wachstum die Augenhöhlenwände Sitz eines Tumors wurden.

Von den 14 Tumoren waren ihrer Histogenese nach:

Sarkome: 5,	Osteome: 2,
Karzinome: 6,	Peritheliom: 1.

Mit Ausnahme von einem Fall, — bei dem die Erlaubnis seitens der Patientin zur Operation nicht erteilt wurde — wurden alle operiert mit dem Ergebnis, daß von den 13 operierten einer — ein Sarkom — starb, sechs gebessert entlassen werden konnten und sechs geheilt wurden.

Lebenslauf

Am 27. 11. 1892 wurde ich, Christian Rudolf Hans Dittrich, ev. luth. Bekenntnisses, zu Rochsburg als Sohn des Fabrikbesitzers Rudolf Dittrich und seiner Ehefrau Elise, geb. Braun, geboren. Ich besuchte die Volksschule meines Heimatortes, dann von 1903—1912 das Realgymnasium zu Zwickau im Erzgebirge, wo ich im April 1912 die Reifeprüfung ablegte. Ostern 1912 wurde ich an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin immatrikuliert und diente von April bis Oktober 1912 bei der 7. Kompagnie des Kgl. Preuß. Garde-Füsilier-Regts. Im Juli 1914 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Vom 2. 8. 14. bis 18. 8. 18, dem Tage meiner Verwundung, war ich im Felde, zuerst als San.-Unteroffizier, seit April 1916 als Unterarzt und Feldhilfsarzt bei dem Kgl. Preuß. Res.-Inf.-Regt. Nr. 1, I. Btl. Nach der Revolution Winter 1918 nahm ich meine Studien in Berlin wieder auf und bestand zu Beginn des Jahres 1920 mein Staatsexamen.